

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-49-56>

УДК 616.89; 616.89-008.452

Юношеский эндогенный приступообразный психоз с бредовыми идеями религиозного содержания: особенности психопатологии и клиники

Романенко Н.В., Попович У.О.
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Психиатрия 17(4):2019

Резюме

Цель исследования: выявить психопатологические особенности, условия формирования, особенности течения юношеского эндогенного приступообразного психоза с бредовыми идеями религиозного содержания. **Пациенты и методы:** клинико-психопатологическим, клинико-катамнестическим и психометрическим методами обследовано 95 больных (62 мужчины и 33 женщины), перенесших в юношеском возрасте (16–25 лет) психотический приступ с бредовыми идеями религиозного содержания в структуре эндогенного приступообразного психоза (F20, F25 по МКБ-10). Из них клиническую группу составили 53 больных (37 мужчин и 16 женщин), катамнестическую группу — 42 больных (25 мужчин и 17 женщин). Средняя продолжительность катмнеза составила $7,4 \pm 2,3$ года. **Результаты:** выявлены особенности, характерные для течения эндогенного приступообразного психоза с религиозной бредовой фабулой, в структуре первого приступа с учетом специфики юношеского возраста, роли бредовых идей религиозного содержания для дальнейшего течения заболевания, а также варианты исхода заболевания. Установлено, что после перенесенного психотического приступа с религиозным бредом чаще всего отмечалось сохранение резидуальных бредовых и психопатоподобных расстройств с религиозным содержанием. Показана возможность формирования патологической религиозности, сохранение или формирование традиционной религиозности, а также полная редукция религиозных идей у больных, индифферентных к вопросам религии до манифестации болезни. **Выводы:** наличие в структуре психотического приступа бредовых идей бесоодержимости является прогностически неблагоприятным признаком.

Ключевые слова: религиозный бред; религиозность; юношеский возраст; шизофрения; шизоаффективный психоз.

Для цитирования: Романенко Н.В., Попович У.О. Юношеский эндогенный приступообразный психоз с бредовыми идеями религиозного содержания: особенности психопатологии и клиники. *Психиатрия*. 2019;17(4):49–56. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-49-56>.

Конфликт интересов отсутствует

49

Психопатология, клиническая и биологическая психиатрия

Juvenile Attack-Like Endogenous Psychosis with Religious Delusion: Psychopathology and Clinical Features

Romanenko N.V., Popovich U.O.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Aim of the study: to identify clinical and psychopathological features, conditions of formation and the course of juvenile endogenous psychoses with a religious delusion. **Patients and methods:** 95 patients (62 male and 33 female) aged 16 to 25 years with diagnosis of attack-like psychosis with religious delusions were examined (F20, F25 according to ICD-10). Clinical, psychopathological, clinical-follow-up and psychometric methods were used. 53 patients (37 male and 16 female) were included in clinical group and 42 (25 male and 17 female) made up follow-up group (mean follow-up period $7,4 \pm 2,3$ years). **Results:** the formation of residual delusions with religious content and personality disorders is noted with greater frequency after a psychotic episode with a religious delusions. It was possible preservation or formation, in the case of its absence before the onset of the disease, of traditional religiosity, as well as complete reduction of the religious worldview at the stage of remission in patients who was not interested in religion before the manifestation of psychosis. **Conclusion:** the demon obsession delusion in psychotic episode is unfavorable prognostic factor.

Keywords: religious delusions; religiosity; juvenile age; schizophrenia; schizoaffective psychosis.

For citation: Romanenko N.V., Popovich U.O. Juvenile Attack-Like Endogenous Psychosis with Religious Delusion: Psychopathology and Clinical Features. *Psychiatry*. 2019;17(4):49–56. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-49-56>.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Бредовые расстройства с религиозным содержанием в структуре эндогенного приступообразного психоза является сложным психопатологическим феноменом, при анализе которого выявляются противоречия как относительно его места в клинической картине заболевания, так и прогностического значения [1, 2]. По данным литературы, психотические приступы с религиозной фабулой встречаются в 24–31% всех эндогенных психозов, что определяет высокую актуальность изучения данного вопроса [3, 4]. Кроме того, отмечаются трудности дифференцировки патологических религиозно-мистических переживаний от нормальных форм религиозности, чем обоснованы проблемы диагностики на ранних стадиях заболевания [5]. Оценка значения религиозности в постприступном периоде, а также влияние бредовых идей религиозного содержания на исход заболевания обнаруживает значительные расхождения. Имеются как данные о неблагоприятном прогнозе течения психозов с бредовыми идеями религиозного содержания [6, 7], так и указания на протективное воздействие религиозности на дальнейшее течение заболевания [3, 8]. Таким образом, высокая частота встречаемости бредовых расстройств с религиозным содержанием при эндогенных психозах в юношеском возрасте, необходимость дополнительного детального изучения условий их формирования, закономерностей течения и исхода заболевания определяют актуальность данного исследования.

ЦЕЛЬ

Задачей исследования является определение психопатологических особенностей, условий формирования, особенностей течения юношеского эндогенного приступообразного психоза с бредовыми идеями религиозного содержания.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-психопатологическим, клинико-катамнестическим и психометрическим методами обследовано 95 больных (62 мужчины и 33 женщины), перенесших в юношеском возрасте (16–25 лет) приступ эндогенного психоза (F20, F25 по МКБ-10) с бредовыми идеями религиозного содержания. 53 больных (37 мужчин и 16 женщин) составили клиническую группу; 42 случая (25 мужчин и 17 женщин) вошли в катамнестическую группу. Все пациенты в 2010–2014 гг. поступали на лечение в клинику отдела юношеской психиатрии (зав. отделом доктор медицинских наук В.Г. Каледа) ФГБНУ НЦПЗ (директор проф. Т.П. Ключник). Средняя длительность катамнеза составила $7,4 \pm 2,3$ года. Все больные подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Проведенное исследование соответствовало принципам и положениям Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного

варианта 2000 г. и одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Критерии включения в исследование — формирование бредовых идей религиозного содержания в структуре психотического приступа в юношеском возрасте.

Критерии невключения — наличие сопутствующей психической, неврологической или соматической патологии, затрудняющей исследование.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 10.0 для WINDOWS (StatSoft, USA). Для определения статистической значимости различий использовали критерий Пирсона χ^2 , t-критерий Стьюдента и дисперсионный анализ. Критическим уровнем статистической значимости принято значение $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что приступы с бредовой фабулой религиозного содержания отличались выраженным полиморфизмом, а бредовые расстройства обнаруживали различные механизмы бредообразования. На основании клинической картины психотических приступов было выделено 4 типа [5]. Два из них характеризовались смешанным механизмом бредообразования (интерпретативный и острый чувственный бред): I тип (32 случая; 33,7%) — приступы с бредом греховности, II тип (38 больных; 40,0%) — приступы с бредовыми идеями несообразности. При двух других типах приступов бредовые идеи формировались по механизму острого чувственного бреда: III тип (18 больных; 18,9%) — с антагонистическим и мессианским бредом; IV тип (7 случаев; 7,4%) — с онейроидной симптоматикой религиозного содержания.

Психотические приступы *I muna* характеризовались выраженным депрессивным аффектом с отчетливым тревожным и тоскливым компонентом и доминированием бредовых идей самообвинения и греховности. Пациенты описывали свое душевное состояние как «адские муки», «невыносимую душевную боль», могли полностью отказываться от приема пищи, причем вышеперечисленные действия не приносили «облегчения страданий», что усугубляло ощущение собственной греховности [4]. Отмечался высокий риск аутодеструктивного и суицидального поведения в рамках «искупления грехов», «миссии по спасению человечества через свою смерть и страдания». По мере выхода из приступа отмечалась полная редукция бредовых идей, стабилизация аффекта.

По мере развития приступов *II muna* возникали вербальные псевдогаллюцинации комментирующего, оскорбляющего или императивного характера, сенестоалгии и сенестопатии, что трактовались больными как доказательство присутствия «беса в их теле» и его «воздействия». Бредовая фабула подвергалась детальной идеаторной разработке. Пациенты считали, что «бесообразность» — это посланное Богом испытание

Таблица 1. Показатели образования и занятости на момент манифестации заболевания
Table 1. Education and job indices at the moment of disease manifestation

Параметр/Parameter	Тип приступа в зависимости от клинической картины/ Type of psychosis								Итого/Total		χ^2	p
	I тип		II тип		III тип		IV тип					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Всего больных	12	28,6	16	38,1	9	21,4	5	11,9	42	100		
Уровень образования												
Неполное среднее	0	0	0	0	0	0	1	2,4	1	2,4	1,387	0,4999
Среднее	3	7,1	1	2,4	2	4,8	0	0	6	14,3		
Среднее специальное	2	4,8	6	14,3	2	4,8	1	2,3	11	26,2		
Неполное высшее	3	7,1	5	12,0	4	9,5	3	7,1	15	35,7		
Высшее	4	9,5	4	9,5	1	2,4	0	0	9	21,4		
Социально-трудовой статус												
Не работает, не учится	1	2,4	2	4,8	0	0	0	0	3	7,1	7,334	0,6024
Неквалифицированный труд	3	7,1	0	0	2	4,8	1	2,4	6	14,3		
Коммерческая деятельность	0	0	1	2,4	1	2,4	0	0	2	4,8		
Студент техникума/колледжа	1	2,4	4	9,5	0	0	2	4,8	7	16,7		
Студент вуза	1	2,4	5	11,9	4	9,5	1	2,4	11	26,2		
Специалист со средним образованием	3	7,1	4	9,5	0	0	1	2,4	8	19,0		
Специалист с высшим образованием	2	4,8	0	0	2	4,8	1	2,4	5	11,9		

или «наказание» за совершенные в прошлом грехи. На высоте приступа возникали идеаторные и речедвигательные автоматизмы, что приводило к формированию завершённого синдрома Кандинского–Клерамбо. В структуре данного состояния на протяжении всего приступа доминировала галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Выход из приступа происходил литически с постепенной редукцией псевдогаллюцинаторных расстройств и ослаблением выраженности сенестопатий.

Приступы *III тупа* развивались подостро, чаще всего с бредовых идей значения, отношения, явлений дереализации. На высоте состояния больные «осознавали», что находятся в центре борьбы «Бога и дьявола», на них возложена особая миссия «нести свет людям», «проповедовать истину». Пациенты «видели» различные знаки, подтверждавшие их «особое предназначение». Состояние сопровождалось преимущественно маниакальным аффектом, пациенты были склонны к совершению нелепых поступков — убегали из дома, «проповедовали истину» в разных храмах и монастырях, случайным прохожим. Возникающие кататонические расстройства были представлены гиперкинетическим полюсом. Нередко отмечалась смена полюса аффекта на депрессивный, когда окружающие «знаки» представлялись устрашающими, указывали на приближающуюся катастрофу. На выходе из психотического приступа наблюдалась полная редукция психопатологического симптомокомплекса, у больных формировалась частичная критика к перенесённому состоянию.

Психотический приступ *IV тупа* начинался с появления аффективно насыщенных бредовых отрывочных идей воздействия, отношения, бреда значения религиозного содержания. Клиническая картина расширялась за счёт присоединения деперсонализационных и дереализационных расстройств, с бредом инсценировки, ложными узнаваниями, неустойчивым аффектом

с переходом от гипомании к тревоге и страху, отдельными элементами синдрома Кандинского–Клерамбо. В дальнейшем формировался эсхатологический бред с ожиданием конца света, элементами антагонистического и мессианского бреда религиозного содержания, развивалось иллюзорно-фантастическое онейроидное помрачение сознания. Больные становились активными участниками фантастических событий, «нисходили в ад» или «пребывали в раю», считали себя умершими. На выходе из приступа так же отмечалась полная редукция психотической симптоматики.

Анализ условий развития манифестных приступов с бредовыми идеями религиозного содержания показал, что для формирования этих особых форм бреда имеет значение предшествующая религиозность, в том числе наличие сверхценного религиозного мировоззрения по типу «метафизической интоксикации» [9]. Так, у 64,3% пациентов до начала заболевания присутствовала традиционная религиозность, в остальных случаях пациенты до начала болезни не интересовались религией. На инициальном этапе у 26,2% больных сохранялась традиционная религиозность. У большей части больных (59,5%) инициальный этап заболевания характеризовался картиной «метафизической интоксикации» с религиозным содержанием, включавшей четыре основных варианта: *классический* (28,0%) — с равномерной выраженностью сверхценного отношения к религии и односторонне усиленного влечения к религиозной познавательной деятельности; *аффективный* (40,0%) — с доминированием аффективной насыщенности; *аутистический* (20,0%) — с преобладанием сверхценных образований, а так же *вариант с доминированием влечения к идеаторной деятельности* (12,0%). Среди больных с картиной «метафизической интоксикации» у 64,0% до инициального этапа заболевания отмечалась религиозность. В остальных наблюдениях религиозность возникала только на этапе

формирования «метафизической интоксикации». Лишь в 14,3% случаев манифестация психотического приступа происходила на фоне индифферентного отношения к религии.

Социально-трудовые показатели на момент манифестации заболевания представлены в *табл. 1*.

Статистических отличий по данным показателям между типами приступов выявлено не было ($p > 0, 05$).

На момент катamnестического обследования больных выявлено три типа ремиссии (*рис. 1*): (1) *ремиссии высокого качества* — 31,0% (стеническая шизоидизация в 23,1%; астеническая шизоидизация в 46,1%; тимопатическая ремиссия в 23,1%; неврозоподобная ремиссия в 7,7%); (2) *психопатоподобная ремиссия с дефицитарными расстройствами* — 42,8%; (3) *ремиссии с резидуальными бредовыми идеями* — 26,2%. Каждый из типов ремиссий был поделен по наличию или отсутствию религиозности в постприступном периоде (см. *рис. 1*, *табл. 2*).

В 12 случаях (28,6%) после перенесенного психотического приступа религиозность, сформировавшаяся на доманифестном этапе или возникшая в структуре психотического приступа, в значительной мере редуцировалась. Среди этих 12 больных в 41,7% *ремиссия была высокого качества без религиозных идей* (в 60% с астенической и в 40% со стенической шизоидизацией), тогда как в остальных наблюдениях (58,3%) ремиссии отнесены к неблагоприятным в прогностическом отношении.

Что касается *ремиссий высокого качества с религиозными копинг-стратегиями*, было выявлено, что после перенесенного психотического приступа с религиозно-мистической фабулой у части больных сохранялась

(14,3%) или впервые возникала (4,8%) религиозность, соответствующая критериям гармоничной, здоровой веры [10, 11], под которыми понимают невозможность использования веры с целью извлечения различных благ, концентрацию на божестве и на нравственных ценностях, а не на собственной личности, уважение к иной точке зрения, стремление к формированию доброжелательных межличностных отношений. Здоровая вера выступала в роли копинг-стратегии [12], что положительно влияло на принятие пациентами психического заболевания, повышало адаптацию к болезни, а также комплаентность (приверженность лечению). Пациенты находили социальную поддержку в религиозной общине, с большей критикой относились к перенесенным и имеющимся психическим расстройствам, аккуратно принимали поддерживающую терапию, при ухудшении состояния самостоятельно обращались к врачу; отчетливо снижалось количество недобровольных и экстренных госпитализаций в стационар [3, 13]. По типу ремиссии здесь отмечались астеническая (25%) и стеническая (37,5%) шизоидизация, тимопатическая (25%) и неврозоподобная (12,5%) ремиссия. У пациентов этих групп закономерно сохранялась высокая учебно-трудовая и социальная адаптация, они успешно оканчивали учебные заведения, трудоустраивались по специальности, справлялись с обязанностями, в некоторых случаях отмечался карьерный рост. Для этих больных в ремиссии был характерен широкий круг общения, сохранение прежних увлечений, интересов, большинство вступило в брак (*табл. 2*).

Важно отметить, что, несмотря на формирование или сохранение традиционной религиозности

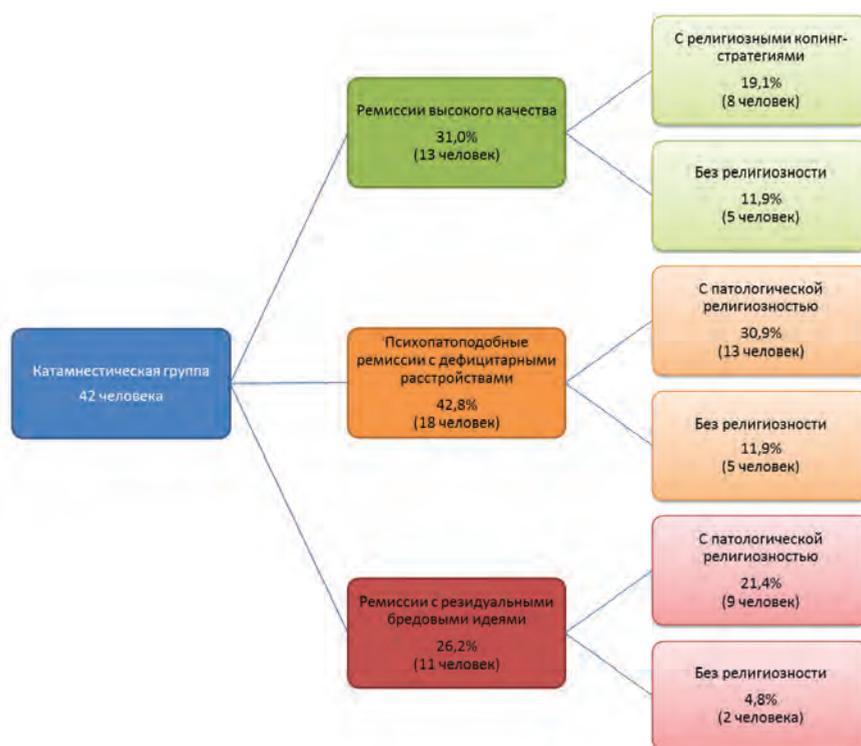


Рис. 1. Типы ремиссий и религиозность в постприступном периоде

Fig. 1. Type of remission and variant of postpsychotic religiosity

Таблица 2. Тип ремиссии, выраженность негативных расстройств и уровня функционирования на момент катамнеза при разных видах приступов психоза

Table 2. Type of remission, follow-up negative symptoms and functioning in different variants of psychotic episode

Тип приступа/Type of psychotic episode	Типы ремиссий/Type of remission						Статистика/ χ^2/p	
	Высокого качества/High quality remission		Психопатоподобные с дефицитарными расстройствами/Remission with personality and deficit disorders		С резидуальными бредовыми расстройствами/With residual delusion			
	копинг-религиозность	отсутствие религиозности	с патологической религиозностью	с отсутствием религиозности	религиозного содержания	без религиозного содержания		
Распределение больных в зависимости от исхода заболевания (42 больных)								
I тип	3	0	3	3	1	2	$\chi^2 = 21,678$	$p = 0,0014$
II тип	0	0	9	0	7	0		
III тип	2	3	1	2	1	0		
IV тип	3	2	0	0	0	0		
Всего	8	5	13	5	9	2		
Выраженность негативных расстройств по шкале SANS (среднее значение баллов)								
I тип	25,7	0	54,7	51,3	60,0	58,5	$F = 19,362$	$p = 0,00055$
II тип	0	0	78,1	0	89,6	0	$t\text{-тест} = -4,03$	$p = 0,0013$
III тип	21,5	22,0	42,0	44,0	68,0	0	$F = 128,83$	$p = 0,00004$
IV тип	17,3	16,0	0	0	0	0	–	–
Уровень личностного и социального функционирования по шкале PSP (среднее значение баллов)								
I тип	63,7	0	55,7	51,3	46,0	48,0	$F = 9,42$	$p = 0,006$
II тип	0	0	47,2	0	31,4	0	$t\text{-тест} = 10,04$	$p = 0,00006$
III тип	72,5	76,7	54,0	54,5	45,0	0	$F = 37,62$	$p = 0,0004$
IV тип	83,3	81,0	0	0	0	0	–	–

I тип — бред греховности; II тип — бред бесоудержимости; III тип — антагонистический и мессианский бред; IV тип — онейроид с религиозными переживаниями.

в постприступном периоде, критика к перенесенному острому состоянию могла оставаться формальной или частичной. Так, пациенты утверждали, что «не все было болезнью», было и «Божественное откровение», «явленное им чудо», «бесовское нападение» произошло в реальности и стало «причиной» психического заболевания.

В большинстве случаев (52,3%) религиозность после перенесенного психотического приступа проявлялась в виде резидуальных бредовых идей религиозного содержания и психопатоподобных проявлений [14].

Для психопатоподобных ремиссий с дефицитарными расстройствами с патологической религиозностью (30,9%) в постпсихотическом периоде было характерно формирование искаженной, так называемой патологической, религиозности [15, 16] в виде сверхценного образования, что сопровождалось изменением преморбидных личностных свойств с усилением шизоидных черт, кардинальной сменой образа жизни с подчинением его своеобразным религиозным канонам (нажитая психопатия по типу «новой, или второй, жизни» [17–19]. В этих случаях можно было констатировать амальгамирование продуктивных расстройств и «первичного дефекта» [20]. Дефицитарные расстройства проявлялись ригидностью мышления с односторонностью суждений, буквальной, субъективной трактовкой религиозных текстов, находившей отражение в их повседневной деятельности, жизненном укладе. У пациентов возникала нехарактерная ранее для них стеничность со стремлением насаждать окружающим

религиозный образ жизни, который больные считали «единственно правильным», холодность по отношению к близким, а также склонность к дисфорическим и эксплозивным реакциями, когда на отказы родных следовать предложенным религиозным наставлениям больной становился раздражителен, вербально, а иногда и физически агрессивен. Нарастала эгоцентричность, равнодушие к нуждам членов семьи. Такие пациенты могли громко молиться в вечернее время, слушать записи церковных служб, раздражаясь на просьбы родственников вести себя тише. Для этой группы больных после перенесенного психотического приступа была характерна смена круга общения с отказом от прежних «светских» контактов, пациенты разрывали отношения с противоположным полом, поясняя, что теперь для них «важнее всего Бог». Их круг общения ограничивался представителями церковной общины и служителями церкви. В поведении больных доминировали психопатоподобные черты: так, например, отмечались обвинения в недостаточной «набожности» других прихожан, которые, по их мнению, редко и неправильно молились, недостаточно строго соблюдали посты, вели «греховный», «неправедный» образ жизни и т.п. Ситуации, когда священники пытались указывать на неверную трактовку больными тех или иных религиозных текстов и рекомендовали консультацию психиатра, часто завершались отказом от дальнейшего общения с духовником и даже сменой храма. Больные без ведома родственников уезжали в монастыри, многократно меняя их в поисках «правильного», соответствующего их

Таблица 3. Социально-трудовые показатели на момент катамнеза**Table 3.** Follow-up social and job indices

Параметр/Parameters	Тип приступа в зависимости от клинической картины/ Clinical type of episode								Итого/Total		χ^2	p
	I тип		II тип		III тип		IV тип		n	%		
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Всего больных	12	100	16	100	9	100	5	100	42	100		
Уровень образования												
Неполное среднее	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,12	0,2488
Среднее	2	16,7	1	6,3	1	11,1	0	0	4	9,5		
Среднее специальное	2	16,7	4	25,0	1	11,1	1	0,2	8	19,0		
Неполное высшее	4	33,3	6	37,5	3	33,3	0	0	13	31,0		
Высшее	4	33,3	5	31,2	4	44,5	4	0,8	17	40,5		
Социально-трудовой статус												
Не работает, не учится	6	50,0	9	56,2	1	11,1	0	0	16	38,1	19,04	0,0041
Неквалифицированный труд	3	25,0	5	31,2	1	11,1	0	0	9	21,4		
Коммерческая деятельность	0	0	0	0	0	0	1	0,2	1	2,4		
Специалист со средним образованием	1	8,3	1	6,3	2	22,2	0	0	4	9,5		
Специалист с высшим образованием	2	16,7	1	6,3	5	55,6	4	0,8	12	28,6		

представлениям о монастырской жизни. В профессиональной деятельности у большинства таких больных отмечалось значительное снижение продуктивности с прекращением прежней профессиональной деятельности и стремлением посвятить себя «помощи при храме» либо занятости низкоквалифицированным трудом.

В ремиссии с резидуальными бредовыми идеями религиозного содержания (21,4%) после перенесенного психотического приступа отмечалось сосуществование нарастающих дефицитарных расстройств наряду с монотонными, монотематическими продуктивными расстройствами резидуального характера. Псевдогаллюцинаторные расстройства, бредовые идеи овладения, воздействия тематически были связаны с переживаниями острого психотического периода, что определяло особенности поведения и жизненного уклада больных. Пациенты утверждали, что «темные силы» продолжают периодически «воздействовать» на них, находятся внутри в виде «энергетического шара» (чаще в области живота или груди), рассказывали об отрывочных «голосах» антагонистического характера, которые сообщали о «скором конце света», комментировали поступки больных. Эти расстройства и высказывания чаще всего не сопровождалось аффективной окраской. Обращала на себя внимание эмоциональная нивелировка, редукция энергетического потенциала, выраженные нарушения мышления. В этой группе нередко возникали неврозоподобные расстройства, например обсессивно-фобическая симптоматика с нелепым содержанием опасений («паразит молния за грехи», «исчезну под воздействием беса») и выполнением ритуальных действий. Религиозность таких больных отличалась своеобразием, однако, в отличие от группы пациентов с психопатоподобными расстройствами, имела интрапроекцию. Такие больные стремились к ограничению любых социальных контактов, понимая и выполняя религиозные обряды «по-своему», не стремились поучать окружающих, пассивно соглашались с советами и рекомендациями духовника, продолжая, однако, преж-

нюю линию поведения в отношении духовной жизни. Их идеаторная деятельность была сконцентрирована преимущественно на вопросах собственного духовного состояния, стремлении вести «богоугодный», в их понимании, образ жизни. Попытки ограничить круг общения могли доходить до отшельничества, принятия обета молчания, соблюдением «особого поста» и т.п. Для данной группы больных была характерна инвалидизация или занятость низкоквалифицированным трудом.

Для больных с психопатоподобными и резидуальными бредовыми расстройствами с патологической религиозностью в ремиссии характерно отсутствие полной критики к болезни с сохранением уверенности в реальности произошедшего с ними в психотическом периоде, а также значительная степень выраженности дефицитарных расстройств с тенденцией к их нарастанию. В обеих группах показатели социально-трудовой адаптации были низкими, в большинстве случаев больные не могли продолжать работать на прежнем месте, часто не справлялись с нагрузками, были вынуждены сменить сферу деятельности на менее квалифицированную или полностью утрачивали способность к труду. Круг их интересов в большинстве случаев сужался до области религии. Больные отказывались от прежних «светских» знакомств, ограничивались общением с другими прихожанами или служителями церкви, иногда практически полностью обрывали внешние контакты.

При анализе негативных расстройств и уровня социального функционирования, в том числе с помощью шкал SANS и PSP, были получены статистически достоверные отличия ($p < 0,05$) (табл. 2, 3). Первый тип (ремиссии высокого качества) характеризовался незначительными негативными расстройствами, хорошей адаптацией в области социальных и семейных контактов, а также в учебно-трудовой сфере (SANS менее 40 баллов и PSP 61–100 баллов). Второй и третий типы ремиссий характеризовались выраженными негативными расстройствами и отчетливым снижением

социальной и трудовой адаптации, сужением круга интересов (SANS более 40 баллов и PSP 1–60 баллов). Эти различия были статистически значимыми (см. табл. 2).

Исходя из представленных данных, можно заключить, что в прогностическом плане наименее благоприятными являются психотические приступы с бредом бесоодержимости, при которых выявляются самые низкие показатели по обеим шкалам и в сфере социально-трудовой адаптации, тогда как наибольший потенциал к становлению привычного образа жизни и высокому уровню адаптации в учебно-трудовой области наблюдается в группах с доминированием остро-го чувственного бреда (религиозный онейроид и антагонистический и мессианский бред).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования получены новые данные об особенностях течения эндогенных приступообразных психозов с психотическими присту-

пами религиозно-мистического содержания. Выявлено, что наличие бредовых идей религиозного содержания в структуре психотического приступа имеет прогностическое значение для дальнейшего развития заболевания. Установлено, что в большинстве случаев после перенесенного приступа отмечается формирование резидуальных бредовых и сверхценных расстройств с патологической религиозностью. При этом возможно сохранение или формирование, в случае ее отсутствия до начала заболевания, традиционной религиозности, способствующей принятию пациентом его заболевания, или же полная редукция религиозного мировоззрения после перенесенного психотического приступа у больных, не проявлявших интереса к данной сфере до манифестации болезни. Обнаружено, что наиболее благоприятными в прогностическом плане являются психотические приступы с онейроидными состояниями и бредом антагонистического и мессианского содержания, тогда как наименее благоприятными оказались приступы с бредовыми идеями бесоодержимости.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Мелехов ДЕ. Психиатрия и проблемы духовной жизни. *Синапс*. 1991;1:47–55. Melekhov DE. Psikhiatriya i problemy dukhovnoy zhizni. *Sinaps*. 1991;1:47–55. (In Russ.).
2. Mohr S, Borrás L, Betrisey C, et al. Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. *Psychiatry*. 2010;73(2):158–172. <https://DOI:10.1521/pysc.2010.73.2.158>.
3. Копейко ГИ, Борисова ОА, Казьмина ОЮ. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных. *Психиатрия*. 2016;72(2):40–49. Kopeyko GI, Borisova OA, Kaz'mina OYu. Religious coping strategies in rehabilitation of the mentally ill. *Psychiatry*. 2016;72(2):40–49. (In Russ.).
4. Пашковский ВЭ. Психопатологические аспекты религиозно-архаического бреда. *Психическое здоровье*. 2010;7:77–84. Pashkovskiy VE. Psychopathological aspects of archaic religious delusion. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2010;7:77–84. (In Russ.).
5. Каледа ВГ, Попович УО. Религиозный бред при юношеском приступообразном психозе. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2017;117(12):13–20. Kaleda VG, Popovich UO. Endogenous episodes of juvenile psychosis with religious delusions. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(12):13–20. (In Russ.).
6. Bhavsar V, Bhugra D. Religious delusions: finding meanings in psychosis. *Psychopathology*. 2008;41(3):165–172. <https://DOI:10.1159/000115954>.
7. Pfeifer S, Waelty U. Psychopathology and religious commitment: a controlled study. *Psychopathology*. 1995;28(2):70–77. <https://DOI:10.1159/000284903>.
8. Kim–Spoon J. Parent-adolescent relationship quality as a moderator for the influences of parents' religiousness on adolescents' religiousness and adjustment. *J. Youth Adolesc*. 2012;41(12):1576–1587. <https://DOI:10.1007/s10964-012-9796-1>.
9. Тиганов АС. Психиатрия: Руководство для врачей. В двух томах. М.: ОАО «Издательство «Медицина»; 2012. Tiganov AS. Psikhiatriya: Rukovodstvo dlya vrachey. V dvukh tomakh. M.: OAO «Izdatel'stvo «Medicina»; 2012. (In Russ.).
10. Двойнин АМ. Психологические особенности религиозной личности, влияющие на реабилитационную работу с больными, страдающими психическими расстройствами. *Психиатрия*. 2016;72(2):50–54. Dvoynin AM. Psychological peculiarities of the religious personality, which influence on rehabilitation work for mentally disordered individuals. *Psychiatry*. 2016;72(02):50–54. (In Russ.).
11. Arterburn S, Felton J. Toxic Faith: experiencing healing over painful spiritual abuse. Colorado Springs: WaterBrook Press, 2004.
12. Баскакова СА. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;2:88–96. Baskakova SA. Current ideas concerning coping in mental disorders. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2010;2:88–96. (In Russ.).
13. Воскресенский БА. Некоторые аспекты проблемы «религиозность и психические расстройства». В сб. «Религиозность и клиническая психиатрия». 2017:124–129. Voskresenskiy BA. Nekotorye aspekty problemy «religioznost' i psikhicheskie rasstroystva».

- V sb. «Religioznost' i klinicheskaya psikhatriya». 2017:124–129. (In Russ.).
14. Siddle R, Haddock G, Tarrrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2002;37:130–138.
 15. Кондратьев ФВ. Религиозность психически больного — методологические проблемы ее понимания. В сб. «Религиозность и клиническая психиатрия». 2017:175–180.
Kondrat'ev FV. Religioznost' psikhicheski bol'no-go — metodologicheskie problemy ee ponimaniya. V sb. «Religioznost' i klinicheskaya psikhatriya». 2017:175–180. (In Russ.).
 16. Бровченко КЮ. Особенности религиозного поведения у больных шизофренией с религиозно-мистическими переживаниями. В сб. «Религиозность и клиническая психиатрия». 2017:120–124.
Brovchenko KYu. Osobennosti religioznogo povedeniya u bol'nykh shizofreniyei s religiozno-misticheskimi perezhivaniyami. V sb. «Religioznost' i klinicheskaya psikhatriya». 2017:120–124. (In Russ.).
 17. Vie J. La vieillesse des dements precoce. *Ann. Med. Psychol.* 1935;15(2):190.
 18. Ястребов ВС. О некоторых вариантах поздних ремиссий при приступообразно-прогредиентной (шубообразной) шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1973;1:66–70.
Yastrebov VS. O nekotorykh variantakh pozdnykh remissiy pri pristupoobrazno-progredientnoy (shu-boobraznoy) shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii imeni S.S. Korsakova.* 1973;1:66–70. (In Russ.).
 19. Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ, Павлова ЛК и др. Клиника, систематика и терапия ремиссий при шизофрении. *Психиатрия.* 2008;32(2):7–15.
Smulevich AB, Dubnitskaya AB, Pavlova LK, et al. Klinika, sistematika i terapiya pri shizofrenii. *Psychiatry.* 2008;32(2):7–15. (In Russ.).
 20. Голубев СА, Каледа ВГ. Типологические варианты, определяющие клинко-психопатологическую картину юношеской шизофрении на этапе отдаленного катамнеза. В сб. «Религиозность и клиническая психиатрия». 2017:81–84.
Golubev SA, Kaleda VG. Tipologicheskie varianty, opredelyayushchie kliniko-psihopatologicheskuyu kartinu yunosheskoj shizofrenii na etape otdalennogo katamneza. V sb. «Religioznost' i klinicheskaya psikhatriya». 2017:81–84. (In Russ.).

Информация об авторах

Романенко Надежда Владиславовна, врач-психиатр, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0001-6393-9494>

E-mail: nadiya-1106@rambler.ru

Попович Ульяна Олеговна, кандидат медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0002-0400-3220>

E-mail: uo_popovich@mail.ru

Information about the authors

Nadezhda V. Romanenko, Psychiatrist, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <https://orcid.org/0000-0001-6393-9494>

E-mail: nadiya-1106@rambler.ru

Ulyana O. Popovich, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-0400-3220>

E-mail: uo_popovich@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Романенко Надежда Владиславовна/Nadezhda V. Romanenko

E-mail: nadiya-1106@rambler.ru